

LA SALUTE BENE COMUNE: DALLA CURA ALLA PERSONA AL BENESSERE DELLA COMUNITA'
La prevenzione e promozione della salute: il modello dell'approccio di comunità
Ferdinando Brandi

1) la necessità della prevenzione e promozione salute; **2) il modello dell'approccio di Comunità**

E' un superamento del **modello** medico, che si è costituito come risposta ai bisogni del singolo individuo ...di lì è derivata la **sua etica**, le domande **per la ricerca** e la stessa **pianificazione dei servizi** (Rose).

Eppure agli inizi della **medicina moderna** non era così .. l'aspetto sociale era molto presente ... si cercava di debellare le malattie infettive.. si interveniva con i vaccini e i provvedimenti di igiene generale.. le abitazioni ... le infrastrutture. Così è nata la scienza igienistica.. e Wirchow (patologo, scienziato della medicina sociale: '800) potè dire ...
" Le epidemie compaiono e spesso scompaiono senza lasciare tracce quando inizia una nuova cultura così come accadde con la lebbra e il sudore inglese. La storia delle epidemie è quindi la storia dei disordini della cultura umana "

Il cambiamento del paradigma non è facile, perché la nostra **cultura** è intrisa del modello medico, e non solo in campo sanitario- (è il tema della **medicalizzazione** che permea la nostra vita).

Le ragioni della prevenzione, son scientifiche, di natura economica... e di natura etica

Una letteratura vastissima epidemiologica ci dimostra il ruolo importante dei diversi "determinanti della salute" nell'insorgenza delle malattie tipiche dell'occidente, le "**non trasmissibili**"; le **differenze di sopravvivenza** in base ad appartenenza sociale ed economica, con gli effetti anche della "**Inequity** " e del mancato "**empowerment**" (**Marmot**) e in base alle attività lavorative svolte (e qui sta la prevenzione della Medicina del Lavoro).

Non riguarda certo singoli individui, ma gruppi molto estesi di popolazione.

Lo dice il Lancet (2015): *"Esistono soluzioni molto efficaci e a basso costo per la **prevenzione, delle malattie croniche**; l'incapacità di adottarle è oggi un **problema, politico, piuttosto che tecnico**"."*

E poi.. è dimostrato.. il contributo alla longevità' attribuito all' "accesso al sistema sanitario è pari al **10-15%**, quello della "genetica" è pari'al'**20%**, e quello di tutti gli altri.. controllo dell' "ambiente'indoor e outdoor", quella della condizione socio- economica, e quindi quello sulla prevenzione è pari al **70%**- (G.Domenighetti).

Ed ora guardiamo **al modello, alla lezione di Sir G. Rose, eminente epidemiologo della scuola inglese- (Le strategie della medicina preventiva)**, è un libretto prezioso che operatori ma anche politici/amministratori dovrebbero conoscere.. se vogliamo parlare di sanità/salute - prevenzione

A lui dobbiamo gli studi sulla distribuzione dei fattori di rischio (colest- Pa- uso di alcol-peso, ...), in una data popolazione; che ci hanno fatto capire molte cose su come si costituisce la malattia e cosa vuol dire adottare l'approccio di comunità ,.. cosa implica.

La lezione di G Rose

Vi sono 2 modelli di prevenzione: quello su base **individuale** (medico/clinico), e quello di **Comunità/Gruppo** (sanità pubblica – medicina del lavoro), che sono molto diversi.

Il modello medico riguarda i **singoli individui**, è un approccio **sintomatico**, sui “casi clinici”, non è “**radicale**”. Può essere utile a ritardare l’evoluzione del danno, ma si rivolge ad un **numero limitato** di persone, in genere quando **il danno** anche se in piccola parte si è già manifestato.

La strategia radicale invece permette di riconoscere e se possibile “curare”, **le cause** dei nostri problemi principali di salute, **distribuiti** come fattori di rischio, nella popolazione in toto (comportamenti, stili di vita, inquinanti ambientali..), o in gruppi particolari esposti a rischi specifici (**come nella patologia da lavoro**)

Con i suoi studi G. Rose ci dimostra che:

1) in una popolazione, la distribuzione dei rischi per la salute e i danni che ne conseguono (con il crescere del rischio cresce la probabilità del danno) è “**continua**”. Per questo una popolazione può essere studiata come una “**unica entità**”, perché fra i suoi estremi (“il malato”) e la sua massa (“la gente normale”) non c’è mai una vera separazione (**separazione...** è il termine che prevale in medicina.. e ne conosciamo la declinazione che ne è derivata).

Insomma, i soggetti che comunemente cerchiamo di aiutare, le **diverse categorie di malati** o che lo stanno per divenire, come ipertesi obesi, , gli alcolisti.. e molti altri ancora con particolari problemi, non rappresentano altro che **l’estremo** di una distribuzione continua di questa relazione rischio/comportamento - danno.

E le **caratteristiche di insieme** in una popolazione stanno alla base delle condizioni “**anormali**”, e per capire le ragioni dei valori di una certa variabile si dovrà ricorrere a qualche **fattore esteso**, che riguarda tutta la popolazione;; sono appunto i **determinanti della salute** a dover essere individuati nelle loro caratteristiche di massa. Non è certo a partire dal singolo che si potrà capire il singolo individuo.

-Pensate all’iceberg. Potreste immaginare un iceberg senza la massa che lo sorregge?

2) che vi è sempre una **relazione tra i valori medi** in una popolazione, si tratti di assunzione di alcol, o di peso, o di PA e la **frequenza** dei valori cosiddetti “devianti”, e cioè alcolisti, obesi, ipertesi.

Il che significa che ognuno contribuisce con il suo comportamento al carico totale del rischio in una comunità, ed esercita così una sua influenza sullo stato di salute di chi ha i problemi.

Dostojevskij diceva “**siamo tutti responsabili di tutti**”.

“Il modo in cui la maggioranza beve e si comporta anche se non fosse dannoso per sé stessa (il che spesso non è) può determinare quanti altri più vulnerabili ne soffriranno. **La salute della società è integrale**” (Rose G. , Br.M.J. - 1990).

Questo è ben comprensibile, perché il comportamento è una comunicazione ...trasmette e si trasmette agli altri.

Un altro aspetto molto importante è il cosiddetto “**paradosso della prevenzione**”.

I maggiori risultati riguardano la prevenzione **del basso rischio** quindi di comportamenti che hanno molta minore probabilità di procurare danni, ma che interessano una popolazione

più vasta.. avviene come nell'economia di mercato.

Ne discende che il cambiamento dei **comportamenti dovrebbe riguardare tutti e** la azione di prevenzione non è solo un **fatto medico**.. riguarda la educazione.. la scuola .. riguarda la responsabilità dei diversi soggetti della comunità ... la capacità di coesione delle comunità stessa e con essa il progredire stesso del "**capitale sociale**".

E' cruciale quindi il modo di operare dei **Servizi** nel campo della prevenzione e promozione della salute .. e la loro capacità di **integrazione e collaborazione** con i **servizi** che intervengono sui "**casi**".

Ma altrettanto necessario è il ruolo del Comune nel favorire ... nel promuovere le politiche locali della prevenzione, con precise scelte dei Servizi sociali, nella cultura, nella scuola , con le politiche della viabilità, le politiche giovanili... dell'Associazionismo in generale.. per una politica "**integrale**" delle "**città sane**".

Il problema dell' Alcol come paradigma per l'intervento di Comunità- Le indicazioni dell'OMS

Dal 1992 l'Ufficio Europeo dell'OMS ("Alcohol Action Plane 1992-2000) identifica l'alcol quale **area prioritaria** per le politiche **socio-sanitarie** e riconosce che la maggior parte dei **problemi** di alcol sono associati a **livelli moderati** di consumo, introducendo il concetto di rischio.

Accanto al tradizionale approccio nei confronti del **rischio elevato**, inserisce un **approccio di popolazione** finalizzato ad **ottenere una riduzione dei livelli** complessivi di consumo di alcol "**Alcohol Action Plane 1992- Copenhagen**", avendo riconosciuto che nella società c'è una **forte correlazione** tra il consumo medio di alcol e il numero di **forti bevitori** e propone come vero obiettivo di prevenzione **una riduzione** per gli Stati membri del 25% entro il 2000.

Nel 1991 e 1993 afferma: "*e' più probabile che siano i forti bevitori piuttosto che i bevitori moderati ad andare incontro a problemi gravi legati al consumo di alcol, ma i problemi che i lavoratori moderati affrontano son più numerosi , perché ci sono molti più bevitori moderati che forti bevitori. Quindi per ridurre i problemi connessi al consumo di alcol ci si deve porre l'obiettivo di raggiungere sia i forti bevitori che quelli moderati*".

Sempre l'OMS mette in evidenza che l'intervento **sui casi è molto più efficace** quando si **integra** con l'intervento di Comunità.

In somma tutti i principi definiti da Rose sono confermati da OMS su Alcol

l'Italia si è comportata assai bene nella riduzione del consumo individuale di alcol anidro. **Però la situazione è sempre molto compromessa.**

Vi sono i dati su giovani (alcol prima causa di morte sino all'età di 24 anni) e sugli anziani, il numero enorme di bevitori ad alto rischio e con diagnosi di alcolismo.. è un grandissimo problema con enormi costi sociali economici umani.

((In Lombardia, considerando l'entità del consumo, si possono applicare le percentuali nazionali che evidenziano la presenza di circa 1.380.000 consumatori a rischio e

150.000 persone con diagnosi di alcolismo di cui 13622 in trattamento presso i Servizi. (In Italia lo dice il dr Lucchini le persone con possibile diagnosi di alcolismo sono valutabili in 1,5 milioni))

Non si riesce ad intervenire in termini di trattamento **sui casi conclamati** (i Servizi ne seguono 1 su 11) e tanto meno si riesce ad intervenire sulle **fasce di rischio che riguarderebbero nella nostra provincia circa 165.000 persone!**

Il problema non pare tanto o solo delle risorse dedicate, certo c'è anche questo.

E' che l'approccio utilizzato dalla rete dei nostri Servizi nella maggior parte dei casi è soprattutto il **modello medico**. **1- efficacia** mai dimostrata in modo univoco; **2- non riesce** a coprire tutta l'area del bisogno dei casi conclamati, così come ci viene indicato dai dati epidemiologici di cui disponiamo.

Un nodo critico appare quello del trattamento, una volta concluso l'inquadramento diagnostico e, se necessario, dei provvedimenti urgenti.

E' evidenza condivisa che la efficacia del programma, oltre ad altre variabili, è funzione della lunghezza del programma proposto condizione che, senza limitazioni, possono offrire i Club ed i gruppi AA, ma non possono offrire i Servizi.

Inoltre quando, e se, è prevalente la logica medica centrata sui casi, non rimangono risorse per la **programmazione** e lo **sviluppo di programmi centrati sull'intervento di comunità**, unica strada per ridurre progressivamente l'area del bisogno, e dei „casi“ conclamati.

Quali proposte allora ?

Senza voler entrare negli aspetti organizzativi dei Servizi, il modello descritto ci permette di indicare indirizzi generali, che dovrebbero consentire di potenziare la capacità di risposta sia per **il trattamento dei casi**, che alla stessa **prevenzione**, tenendo ben presente che i due aspetti sono intimamente collegati.

E' necessario potenziare la collaborazione tra il Servizio pubblico e i soggetti del privato sociale (CAT e AA), **certo nel rispetto delle competenze e dei ruoli di ciascuno**, in modo da favorire lo sviluppo della **territorializzazione** dei programmi Alcologici.

Anche i programmi per la formazione e aggiornamento degli operatori professionali e non professionali, nel rispetto degli approcci seguiti, e quindi anche AA e approccio ecologico territoriale, dovrebbero poter essere compresi nella operatività del Servizio pubblico.

La prevenzione dovrebbe consistere in progetti mirati di informazione e sensibilizzazione, coordinati da operatori ben formati, rivolti al mondo della scuola, il mondo delle associazioni in generale e a quelle dello sport e dei giovani, e alla popolazione generale stessa.

Si dovrebbe tendere insomma ad un **programma complessivo** opportunamente definito e condiviso che renda possibile il massimo grado funzionale di **coordinamento/integrazione** tra **Servizi, Privato sociale**, e Servizi sociali del **Comune**.

